

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Labioskizis

2.1.2 Definisi Labioskizis

Labioskizis atau yang lebih dikenal dengan sebutan bibir sumbing adalah suatu pemisahan dua sisi bibir yang dapat mempengaruhi kedua sisi bibir juga tulang dan jaringan lunak tulang alveolus. Sumbing palatum merupakan suatu lubang di garis tengah palatum yang terjadi karena kegagalan kedua sisi palatum untuk menyatu selama perkembangan embrionik (Kusumawati, 2018) . Sumbing bibir (dengan atau tanpa sumbing langit-langit) merupakan kelainan pada orofasial yang tidak disertai kelainan pada kepala dan leher, memiliki fungsi kognitif serta pertumbuhan fisik yang normal (Loho, 2013) . Klasifikasi berdasarkan ICD-X (*International Classification of Disease 10*), sumbing langit-langit termasuk dalam kelompok Q35, sumbing bibir termasuk dalam kelompok Q36 dan sumbing bibir dengan sumbing langit-langit termasuk dalam kelompok Q37 (Yuli, 2018). Sumbing bibir (dengan atau tanpa sumbing langit-langit merupakan kelainan yang dapat dikenali dari penampakan struktur wajah yang berbeda dari normalnya (Yuli, 2018).

2.1.2 Patogenesis Labioskizis

Perpaduan pembengkakan wajah (*facial swelling*) terjadi pada minggu keempat sampai minggu keenam *post* konsepsi. Kegagalan fusi pada saat pembengkakan wajah mengakibatkan terjadinya celah yang bisa terjadi secara unilateral ataupun bilateral pada persimpangan insisivus pertama dan gigi premolar pertama (Ismanti, 2014). Pasien

dengan kelainan sumbing bibir ringan, sumbing dapat terbatas pada lekukan di perbatasan vermilion bibir yang mungkin memperlihatkan kegagalan pertumbuhan yang terlokalisir dari prosesus nasal media. Pasien dengan kelainan yang lebih parah, celah melewati seluruh struktur bibir dan sepenuhnya memisahkan bagian bibir lateral dari filtrum dan rongga hidung. Celah ini disebabkan oleh kegagalan fusi antara prosesus nasal medial dan prominensia maksilla. Kedalaman celah dapat bervariasi dari jaringan lunak bibir ke celah yang lengkap sampai ke tulang maksilla. Proses fusi langit-langit normal dimulai pada foramen insisivum dan kemudian menutup ke arah posterior. Proses fusi yang sebenarnya dimulai secara kranial dan kemudian tertutup di kaudal (Eroschenko, 2015).

Sumbing atau celah pada langit-langit sekunder terjadi akibat proses fusi langit-langit yang terjadi antara minggu kesembilan hingga ke-12 terganggu oleh faktor genetik, mekanik dan atau teratogenik. Hal ini disebabkan oleh karena langit-langit sekunder menutup ke arah posterior atau dorsal, tidak memungkinkan langit-langit terbuka tepat di posterior foramen insisivum di langit-langit keras kemudian menyatu lagi di bagian awal langit-langit lunak. Awal proses fusi yang sudah mengalami kelainan menyebabkan sampai akhir proses fusi juga tidak akan berhasil. Ini berarti adanya langit-langit lunak yang utuh menyiratkan bahwa langit-langit kerasnya juga utuh. Terdapat sedikit kasus yang menyatakan adanya fenestrasi yang ditemukan di garis tengah langit-langit (Eroschenko, 2015).

2.1.3 Klasifikasi Labioskizis

Sumbing orofasial yang khas dapat diklasifikasikan berdasarkan lateralitas, luas dan tingkat keparahan. Sumbing berdasarkan lateralitas dapat dilihat dari letak sumbingnya di sebelah kiri atau kanan dan sifatnya simetris atau tidak yang diinterpretasikan dalam sumbing bibir unilateral atau bilateral. Sumbing dapat diklasifikasikan sebagai sumbing sumbing bibir komplit dan sumbing bibir inkomplit berdasarkan luas

celahnya. Sumbing bibir komplit ditemukan celah pada mukosa bibir sampai ke lantai hidung dengan deformitas hidung yang berkaitan. Sedangkan pada sumbing bibir inkomplit terdapat spektrum penilaian, mulai dari bentuk vermillion sampai ke daerah bibir yang kelainannya hampir mendekati lengkap dengan sisa *Simonart band* (Drecol, 2015). Sumbing bibir dapat diklasifikasikan sebagai sumbing bibir ringan, sedang dan berat berdasarkan tingkat keparahannya. Tingkat keparahan sumbing bibir mempengaruhi tingkat kesulitan proses perbaikannya akibat perbedaan ketegangan lukanya. Manajemen sumbing bibir yang lebih parah membutuhkan persiapan pre operasi yang lebih lama. Terdapat rotasi eksternal dan ke atas pada segmen medial premaksilla serta rotasi internal dan ke arah posterior pada segmen lateral pada sumbing unilateral komplit. Serat dari muskulus orbikularis oris menempel secara medial ke dasar, dari kolumella dan sisi lateral ke basis ala. Septum nasal mengalami diskolasi akibat alur vomerian dengan disertai pemendekan kolumella. Tulang rawan ala nasi dari sumbing bibir mengalami deformitas seperti krus medial yang bergeser ke posterior dan krus lateral yang menjadi datar di atas celah (Drecol, 2015).

Premaksilla dan prolabium sepenuhnya terpisah dari segmen lateral bibir dan maksillaris pada sumbing bibir bilateral komplit. Premaksilla menjorok melewati segmen lateral sebagai hasilnya. Ukuran prolabium dapat bervariasi dan tidak memiliki struktur filtrum yang normal. Defisiensi sering terjadi pada persimpangan antara kulit vermillion dan gulungan kulit yang berwarna putih. Prolabium tidak terdapat otot orbikularis oris pada sumbing bibir bilateral komplit. Deformitas nasal yang berhubungan dengan sumbing bibir bilateral yakni kolumella yang memendek, ujung hidung rata dan adanya *alar hooding* (Drecol, 2015).

2.1.4 Diagnosis Labioskizis

Untuk mendiagnosis terjadinya labiopalatoskizis pada bayi setelah lahir mudah karena pada kelainan ini memiliki ciri fisik yang spesifik. Sebenarnya ada pemeriksaan yang dapat digunakan untuk mengetahui keadaan janin apakah terjadi kelainan atau tidak. Walaupun pemeriksaan ini tidak sepenuhnya spesifik. Ibu hamil dapat memeriksakan kandungannya dengan menggunakan ultrasonografi (Eroschenko, 2015).

Perkembangan teknologi semakin maju salah satunya telah diciptakan USG 4D yang membantu dalam mendiagnosis terjadinya labiopalatoskizis pada bayi ketika masih dalam kandungan. Alat pemeriksaan tipe ini belum lama tersedia bagi ibu hamil, dan memiliki perbedaan dengan USG 2D dan 3D, dimana alat ini menampilkan pergerakan dan menyediakan informasi tentang motilitas bayi jelas. Gambar yang dihasilkan tampak nyata sehingga hubungan ikatan emosi antara orang tua dengan anak bisa terbina dan membantu orang tua untuk menyiapkan proses kelahirannya (Ismanti, 2014).

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan palatoskizis meliputi upaya-upaya prabedah dari tim pelayanan kesehatan multidisiplin, termasuk dokter spesialis anak, bedah plastik, ortodontik, THT, patologi wicara/bahasa, audiologi, keperawatan dan pekerja sosial untuk memberikan hasil yang optimal. Penatalaksanaan medis ditunjukan kepada penutupan celah, penvegahan komplikasi dan percepatan tumbuh kembang anak yang normal (Ismanti, 2014).

a. Perawatan

Tujuan perawatan bayi yang menderita labiosizis dan palatosikizis berhubungan dengan perawatan prabedah, perawatan jangka pendek pascabedah dan penatalaksanaan jangka panjangnya. Tujuan utama perawatan bagi bayi dan keluarganya meliputi :

1) Tujuan Perawatan Prabedah

Keluarga dapat mengatasi dampak kelainan yang dialami oleh bayi, bayi mendapatkan gizi yang optimal dan mempersiapkan bayi untuk menjalani pembedahan (Ismanti, 2014).

2) Tujuan Perawatan Pascabedah

Bayi tidak mengalami trauma dan nyeri atau hanya sedikit mengalami rasa nyeri, mendapatkan gizi optimal, bayi tidak mengalami komplikasi dan mendapatkan dukungan yang memadai serta mempersiapkan keluarga supaya mampu melaksanakan perawatan di rumah dan memenuhi kebutuhan jangka panjang yang diperlukan oleh seorang anak dengan labioskizis (Ismanti, 2014).

b. Pembedahan

Penanganan untuk labiopalatoskizis adalah dengan cara operasi. Operasi ini dilakukan setelah bayi berusia 2 bulan, dengan berat badan yang meningkat, dan bebas dari infeksi oral pada saluran napas dan sistemik. Dalam beberapa literatur dijelaskan operasi dapat dilakukan apabila memenuhi sepuluh (*rules of ten*) yaitu berat badan bayi minimal 10 pon, kadar Hb 10g%, dan usia minimal 10 minggu serta kadar leukosit minimal 10.000/uL. Pembedahan dilakukan elektif untuk memperbaiki kelainan, tetapi waktu yang tepat untuk operasi tersebut bervariasi dan dilakukan secara bertahap.

Tindakan pertama dikerjakan untuk menutup cela bibir berdasarkan kriteria rule of ten yaitu umur > 10 minggu, berat badan > 10 pon, Hb > g/dl, leukosit > 10.000/ui.

Tindakan operasi selanjutnya adalah menutup langit-langit/palatoplasti dikerjakan sedini mungkin (15-24 bulan) sebelum anak mampu bicara sehingga pusat bicara otak belum membentuk cara bicara. Pada umur 8-9 tahun dilaksanakan tindakan operasi penambahan tulang pada cela alveolus/maksila untuk memungkinkan ahli ortodensi mengatur pertumbuhan gigi dahan dan kiri supaya normal (Ismanti, 2014).

2.2 Bibir dan Langit-Langit

2.2.2 Embriologi Bibir dan Langit-langit

Struktur wajah manusia mulai terbentuk selama minggu keempat pada masa perkembangan embrionik. Struktur wajah eksternal sudah terbentuk secara lengkap pada minggu keenam. Perkembangan palatum terjadi antara minggu keenam sampai minggu kedelapan yang terbagi melalui dua proses, yakni perkembangan nasal dan kavitas oral. Perkembangan palatum diteruskan sampai minggu kedua belas dengan struktur palatum lunak yang lengkap. Sel miogenik dari otot memiliki asal yang berbeda-beda. Sel-sel tersebut berasal dari mesoderm paraksial yang bermigrasi menuju fasial primordial. Sel krista neuralis yang membentuk massa pada daerah frontonasal akan bermigrasi menuju regio prosensefalon (otak depan) dan kemudian bergabung dengan sel migrasi lainnya terutama yang berasal dari daerah mesensefalon anterior (otak tengah). Sel-sel maksilla berasal dari regio mesensefalon posterior, sedangkan sel-sel primordial mandibula berasal dari regio rhombesefalon (otak belakang). Sel yang bertumbuh pada mesensefalon posterior juga turut berkontribusi (Drecol, 2015)

Prominensia frontonasalis akan berkembang menjadi dahi dan dorsum apeks hidung. Prominensia nasalis lateralis akan menjadi sisi sisi (*alae*) hidung. Prominensia nasalis medialis akan berkembang menjadi septum nasal. Prominensia maksillaris akan menjadi regio pipi sebelah atas dan bibir sebelah atas. Prominensia mandibularis akan menjadi dagu,

bibir bawah dan daerah pipi sebelah bawah. Mesenkim pada tonjolan wajah (*prominensia fasialis*) akan menjadi berbagai otot dan derivatnya serta tulang wajah (Drecol, 2015).

2.2.3 Embriologi Bibir

Komponen nasal dari *prominensia frontonasal* membentuk dua ektodermal bilateral yang menebal selama minggu kelima embriogenesis. Setiap komponen nasal saling bergerak untuk membentuk lubang hidung yang berbentuk oval dan membagi *prominensia frontonasal* menjadi *prosesus nasal medial* dan *lateral*. Dua *prosesus nasal medial* menyatu dan membentuk garis tengah hidung, bagian medial bibir atas, *iltrum*, gigi insisivus dan langit-langit primer pada minggu keenam. Langit-langit primer adalah bagian dari langit-langit yang terletak di bagian ventral foramen insisivum, sedangkan langit-langit sekunder adalah bagian yang terletak di sebelah dorsal foramen insisivum. *Prosesus nasal lateral* selanjutnya membentuk ala nasal dan basis ala. *Prosesus maksillaris* pada setiap sisi mulut tumbuh ke depan dan bergabung dengan *prosesus nasal medial* yang mengarahkan pada pembentukan bibir atas lateral, sebagian besar maksilla dan langit-langit sekunder selama minggu 10 keenam usia gestasional. *Prominensia mandibula* membentuk mandibula dan bibir bagian bawah. Perpaduan pembengkakan wajah (*facial swelling*) terjadi pada minggu keempat sampai minggu keenam *post* konsepsi (Drecol, 2015).

2.2.4 Embriologi Langit-langit

Palatogenesis dimulai pada akhir minggu kelima hingga minggu ke-12 *post* konsepsi. Langit-langit berkembang dari dua primordial, yakni langit-langit primer dan langit-langit sekunder. Jenis sel yang paling penting dalam perkembangan langit-langit adalah sel-sel krista neural yang merupakan derivat dari mesenkim palatal, ektoderm yang merupakan derivat dari lapisan epitel dan lapisan paling apikal yang

terdiri dari sel-sel periderm. Langit-langit lunak juga termasuk dalam mesoderm kranial paraksial yang merupakan derivat dari sel-sel miogenik (Eroschenko, 2015).

Langit-langit primer dibentuk oleh gabungan prominensia nasal medial selama minggu keenam usia gestasional serta menghasilkan empat insisivus sentral dan meluas ke foramen insisivum. Langit-langit sekunder yang memisahkan rongga hidung dengan rongga mulut merupakan primordium keras dan dibentuk oleh gabungan sel-sel mesenkim krista neural yang terletak di dalam primordial maksilla. Perkembangan langit-langit sekunder dimulai dengan pertumbuhan dua lempeng palatina dari prosesus maksillaris yang memanjang secara vertikal di kedua sisi lidah. Posisi lidah menurun saat mandibula tumbuh ke bawah dan ke depan. Lempeng palatal kemudian berotasi ke posisi horizontal dorsal menuju ke lidah kemudian mengalami pengerasan intramembran untuk membentuk prosesus palatina dari maksilladan tulang palatina. Transisi dari posisi vertikal ke horizontal selama minggu kedelapan *post* konsepsi (Drecol, 2015).

2.2.5 Anatomi Bibir dan Langit-langit

Otot-otot bibir atas dan bawah terdiri dari otot sirkular dan sfingter seperti pada komponen musculus orbikularis oris. Otot wajah juga melekat pada sudut mulut, yang menarik sudut ke atas atau ke bawah selama terjadi pergerakan wajah yang melebar. Cincin otot dilindungi oleh jaringan ikat yang lunak dan kulit. Filtrum adalah bagian di tengah-tengah bibir di bawah septum hidung, lekukan halus antara keduanya mengangkat puncak kulit kanan dan kiri bibir (Drecol, 2015).

Bagian depan dari langit-langit merupakan tulang yang tipis tetapi padat. Langit-langit keras merupakan bagian dari rahang atas. Bagian atasnya membentuk meatus nasal dan nasofaring. Bagian

belakang langit-langit keras adalah langit-langit lunak. Langit-langit keras dan langit-langit lunak ditutupi oleh selaput lendir. Terdapat mukosa yang melekat pada langit-langit keras, sedangkan lapisan mukosa pada langit-langit lunak merupakan lapisan mukosa yang longgar atau tidak bergerak, yang menutupi muskulus-muskulus yang membantu pergerakan langit-langit. Uvula adalah bagian di belakang langit-langit lunak. Muskulus pada langit-langit lunak yakni muskulus levator veli palatini, muskulus tensor veli palatini, muskulus palatoglossus, muskulus palatopharyngeus dan muskulus uvulae (Drecol, 2015).

Struktur bibir secara histologis, bagian epidermis merupakan kulit tipis yang melapisi permukaan luar bibir. Lapisan epidermis terdiri dari epitel berlapis gepeng dengan lapisan tanduk dengan sel permukaan mengalami deskuamasi. Di bawah epidermis adalah lapisan dermis dengan kelenjar sebacea yang berhubungan dengan folikel rambut dan kelenjar keringat tubular simpleks yang terletak di dermis bagian dalam. Dermis juga mengandung muskulus arrector pili, otot polos yang melekat pada folikel rambut. Bagian tengah bibir mengandung satu lapisan otot lurik yakni muskulus orbikularis oris. Kelenjar labialis terdapat di jaringan ikat dalam bibir. Sekresi kelenjar ini melembabkan mukosa mulut (Eroschenko, 2015).

2.2 Status gizi

Kesulitan makan dapat berdampak pada status gizi seorang anak. Asupan makan yang kurang akibat kesulitan makan dalam masa pertumbuhan dan perkembangan anak dapat mengakibatkan defisiensi nutrisi. Apabila hal ini berlanjut, anak dapat mengalami malnutrisi bahkan kegagalan tumbuh. Kurangnya asupan makan pada anak dapat ditunjukkan melalui pengukuran status gizi anak. Status gizi diukur berdasarkan umur dan jenis kelamin. Konsumsi makanan oleh keluarga dipengaruhi oleh jenis dan jumlah pangan

yang dibeli, cara mengolah, distribusi dalam keluarga, dan kebiasaan makan perorangan. Faktor lain yang turut mempengaruhi diantaranya adalah pendapatan, agama, adat kebiasaan, dan pendidikan masyarakat yang bersangkutan (Gunawan & Rusmil, 2014).

2.2.1 Pengukuran antropometri

Pada dasarnya, penilaian status gizi merupakan metode untuk mengetahui populasi atau individu dengan status gizi buruk atau berisiko. Melalui penilaian status gizi, seseorang dapat diketahui apakah mengalami gizi kurang. Pada penilaian status gizi, data penting dikumpulkan, lalu dibandingkan dengan baku yang sudah tersedia (Gunawan & Rusmil, 2014).

Tujuan dari pemeriksaan antropometri adalah menjadikan besaran komposisi tubuh sebagai tanda awal perubahan status gizi. Selain untuk menentukan status nutrisi anak, antropometri dapat digunakan untuk memantau tumbuh kembang anak. Terdapat beberapa cara untuk menilai status gizi secara langsung, seperti penilaian dengan melihat tanda klinis, tes laboratorium, metode biofisik, dan antropometri. Dari semua jenis pengukuran untuk menilai status gizi, pengukuran antropometri telah digunakan secara luas untuk penilaian. Pengukuran ini meliputi pengukuran pertumbuhan dan komposisi tubuh. Pada pemeriksaan antropometri, dilakukan pengukuran untuk melihat pertumbuhan (Gunawan & Rusmil, 2014). Berikut merupakan variabel yang diukur dalam pemeriksaan antropometri:

a. Massa Tubuh/ Berat Badan (BB)

Merupakan pengukuran antropometri yang paling sering dilakukan. Melalui berat badan, dapat diketahui jumlah protein, lemak, air, dan massa mineral tulang. Namun untuk menginterpretasikan status gizi seseorang, berat badan memerlukan

data pengukuran lain seperti umur, jenis kelamin, tinggi/ panjang badan (Gunawan & Rusmil, 2014).

b. Panjang Badan (PB)

Pengukuran panjang badan dilakukan pada anak yang berumur kurang dari 2 tahun atau kurang dari 3 tahun yang mengalami kesulitan berdiri saat pengukuran tinggi badan. Baik panjang maupun tinggi badan menggambarkan status nutrisi jangka panjang seorang anak (Gunawan & Rusmil, 2014).

c. Lingkar Kepala (LK)

Pengukuran lingkar kepala merupakan prosedur baku di bagian anak. Pertumbuhan kepala sangat cepat pada 3 tahun pertama kehidupan. Oleh karena itu, pengukuran rutin pada lingkar kepala digunakan untuk mengkaji nutrisi anak sampai usia 3 tahun, serta dilakukan terutama pada anak dengan risiko tinggi gangguan status gizi. Pertumbuhan kepala balita dapat dipantau melalui grafik Nellhaus. Pengukuran ini biasa digunakan untuk mendeteksi ukuran kepala, seperti hidrosefalus atau mikrosefali (Gunawan & Rusmil, 2014).

d. Lingkar Lengan Atas (LILA)

Lingkar lengan atas mencerminkan cadangan energi dan protein, serta informasi mengenai kadar lemak tubuh. Oleh karena itu, melalui pengukuran ini dapat dideteksi adanya KEP pada balita. Balita yang memiliki ukuran lingkar lengan atas $< 12,5$ cm diidentifikasi menderita KEP (Gunawan & Rusmil, 2014).

e. Komposisi tubuh/ Tebal lemak

Dengan menggunakan alat ukur kaliper, dapat dilakukan pengukuran tebal lemak, yakni pengukuran pada trisep, bisep, suprailiak, dan subskapular. Tebal lipatan kulit trisep merupakan penanda cadangan lemak subkutan dan lemak tubuh total. Indeks antropometri merupakan pengukuran dari beberapa parameter, yang dapat berupa rasio suatu pengukuran yang dibandingkan dengan

pengukuran lainnya, atau dihubungkan dengan umur (Gunawan & Rusmil, 2014).

2.4 Gizi Kurang

Gizi kurang dan gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya dibawah rata-rata. Gizi kurang adalah kekurangan bahan-bahan nutrisi seperti protein, karbohidrat, lemak, dan vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh (Krisnansari, 2010). Cara menilai status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, klinik, biokimia dan biofisik. Pengukuran antropometri dapat dilakukan dengan beberapa macam pengukuran yaitu pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan sebagainya (Dedi, 2015).

Gizi kurang dan gizi buruk secara patofisiologi pada anak balita (12-59 bulan) adalah mengalami kekurangan energi protein, anemia gizi besi, gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI) dan kurang vitamin A. Kekurangan sumber dari empat diatas pada anak balita dapat menghambat pertumbuhan, mengurangi daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit infeksi, mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan, penurunan kemampuan fisik, gangguan pertumbuhan jasmani dan mental, stunting, kebutaan serta kematian pada anak balita (Dedi, 2015).

2.4.1 Kesulitan Makan Pada Anak

Menurut “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSMIV), kesulitan makan pada masa anak-anak didefinisikan sebagai kegagalan yang bersifat menetap pada anak untuk memperoleh sejumlah asupan makanan yang memadai. Gangguan makan ini setidaknya berlangsung selama 1 bulan, serta dapat mengakibatkan gangguan pada pertumbuhan berat badan, ataupun mengalami penurunan berat badan yang signifikan. Anak dapat menolak untuk makan makanan yang disajikan, sehingga mengakibatkan

kegagalan anak dalam memenuhi kebutuhan energi dan nutrisi. Seringkali istilah kesulitan makan ini dikacaukan dengan istilah kegagalan tumbuh (*failure to thrive*). Padahal kesulitan makan tidak harus selalu diikuti dengan kegagalan tumbuh (*failure to thrive*). Kegagalan tumbuh itu sendiri dibagi menjadi kelompok organik dan non organik. Kegagalan tumbuh organik meliputi kegagalan tumbuh yang berkaitan dengan keadaan fisik, seperti metabolisme, saluran gastrointestinal, neurologis, genetik, infeksi, autoimun, serta penyakit jantung dan ginjal). Sedangkan kegagalan tumbuh non organik adalah kegagalan tumbuh yang berkaitan dengan gangguan ikatan orangtua-anak dan pengabaian (Mulyani, 2015).

Hal yang membedakan antara kesulitan makan dengan kegagalan tumbuh adalah penyebabnya. Kegagalan tumbuh disebabkan oleh karena asupan makan yang tidak adekuat, dimana hal ini lebih diakibatkan kurangnya ketrampilan orangtua daripada murni akibat penolakan anak untuk makan (Mulyani, 2015).

2.4.2 Etiologi Gangguan Makan

Komponen gangguan perilaku makan anak berhubungan dengan pengalaman dengan makanan dan rangsang oral di masa lalu. Anak yang pernah memiliki pengalaman makan yang tidak menyenangkan akan belajar untuk takut dan menghindari makanan tersebut. Sebagai contoh, anak yang pernah mengalami refluks gastroesofagus dan esofagitis akan merasakan nyeri yang berulang-ulang ketika makan atau minum. Oleh karena itu, anak tersebut akan menghindari makanan. Penolakan makan ini bisa saja menetap meskipun masalah organik yang mendasarinya telah dihilangkan. Untuk mengatasi hal ini, anak membutuhkan rasa percaya diri dengan merasakan pengalaman menyenangkan yang berulang ketika makan. Orangtua yang mengalami depresi dan kelelahan dapat menjadi mudah marah dan menjadi tidak memiliki ketertarikan pada makan anaknya. Kurangnya rangsangan dari orangtua, tingkat kekacauan, adanya jarak emosional orangtua-anak, serta kurangnya

keterlibatan orangtua dalam mempersiapkan dan menyajikan makanan dapat membuat anak makan dengan perasaan tidak senang atau bahkan menjadi tidak tertarik makan apapun. Terdapat banyak faktor yang dapat menyebabkan kesulitan makan pada anak. Faktor-faktor ini memiliki interaksi yang dinamis satu sama lainnya (Sudjarmoko, 2006).

a. Faktor fisiologis

Dapat berupa kelainan pengaturan selera makan secara genetik. Selain itu, kondisi anak dengan gizi kurang kronik secara fisiologis juga dapat menyebabkan kesulitan makan (Sudjarmoko, 2006).

b. Faktor perkembangan

Kesulitan makan yang disebabkan oleh faktor perkembangan diantaranya adalah kesulitan oral-motor, gangguan proses oral-sensory, serta gangguan faringeal dan menelan (Sudjarmoko, 2006).

c. Faktor psikologis/ perilaku

Faktor psikologis/ perilaku pada anak dengan kesulitan makan meliputi: kecemasan, perhatian yang mudah teralihkan, memiliki keinginan yang kuat, serta gangguan mengendalikan diri. Riwayat tersedak, dipaksa ataupun dimarahi saat makan dapat menjadi penyebab psikologis kesulitan makan pada anak (Sudjarmoko, 2006)

d. Faktor relasional

Hubungan orangtua-anak serta perilaku pengasuh memiliki pengaruh terhadap perilaku makan anak. Hubungan yang terjalin dengan baik antara orangtua atau pengasuh dengan anak dapat mengurangi kesulitan makan pada anak (Sudjarmoko, 2006)

e. Faktor lingkungan

Perilaku saat makan, dukungan dari pengasuh, kondisi ekonomi keluarga, tingkat pendidikan, sosial budaya, serta pekerjaan orangtua memiliki peran penting pada anak dalam pemberian makan anak (Sudjarmoko, 2006).

2.5 Peran Orang Tua dalam Perawatan Kesehatan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang seorang anak yakni factor genetik dan factor lingkungan. Faktor genetic adalah pondasi dasar dalam pencapaian hasil akhir dalam proses tumbuh kembang anak. Sedangkan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak antara lain seperti stimulasi, kepekaan terhadap penyakit, perawatan kesehatan, kasih sayang yang diberikan, motivasi belajar, serta kualitas interaksi antara anak dan orang tua (Zulkaida, 2015).

Peran orang tua dalam pertumbuhan serta perkembangan seorang anak sangat dibutuhkan, salah satunya yaitu peran dalam perawatan kesehatan. Seorang anak yang sehat dalam pertumbuhan maupun perkembangannya merupakan sebuah bukti dari keberhasilan dari orang tua dalam menjalankan perannya. Namun tetap adakalanya seorang anak akan sakit. Dalam hal ini, jika seorang anak mengalami sakit, peran orang tua sangat dibutuhkan dalam perawatan kesehatan anak tersebut hingga sembuh kembali (Singgih, 2008).